



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NIMES**

**PLACE DU PROFESSEUR ROBERT DEBRE
30029 NIMES CEDEX 9**

MAI 2006

**COMPORTANT LE SUIVI DES DÉCISIONS
DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

SEPTEMBRE 2007

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION »	p.3
PARTIE 1	
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	p.8
PARTIE 2	
DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION	p.9
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL	p.10
II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé	p.15
II.2 Modalités de suivi	p.15
PARTIE 4	
SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
I DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.16
II CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.16
II.1 Rappel du libellé des réserves	p.16
II.2 Appréciation et décisions de la Haute Autorité de santé concernant la première réserve	p.16
Appréciation et décisions de la Haute Autorité de santé concernant la deuxième réserve	p.18

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION »

Le « compte-rendu de certification » dont vous disposez résulte d'une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé (hôpital ou clinique), conduite par la Haute Autorité de santé (HAS). Cette procédure vise à développer les actions relatives à la qualité et à la sécurité des soins au sein de chaque établissement.

Ce compte-rendu présente les résultats de la procédure engagée par l'établissement. Pour en faciliter la lecture quelques informations vous sont proposées ci-dessous.

I. QU'EST-CE QUE LA CERTIFICATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ?

La certification est un moyen pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...) à analyser leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

La procédure de certification est obligatoire et intervient périodiquement.

CE QUE N'EST PAS LA CERTIFICATION

- ***Elle n'établit pas un palmarès des hôpitaux ou cliniques.***
- ***Elle ne note pas les médecins, les soignants ou les services.***
- ***Elle ne décide pas de l'attribution de moyens supplémentaires.***

II. QU'APPORTE LA PROCEDURE DE CERTIFICATION ?

La procédure de certification favorise une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée. Grâce à l'auto-évaluation et à la visite des experts-visiteurs, elle permet aux professionnels de l'établissement de santé de :

- réfléchir ensemble à leur organisation, en fonction des différents besoins des personnes soignées ;
- reconnaître les points forts et les points à améliorer ;
- définir des actions prioritaires ;
- faire évoluer leur façon de travailler.

dans le but de :

- permettre à tous d'accéder à des soins de qualité ;
- contribuer à mieux répondre aux différents besoins de chaque personne soignée ;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins (cf. encadré) et des autres services (accueil, hôtellerie, information...).

APPORT POUR LA QUALITE DES SOINS

- ***L'information de la personne soignée et de sa famille sur les conditions de séjour et sur son état de santé.***
- ***L'amélioration de la sécurité des soins.***
- ***Une meilleure coordination des professionnels intervenant auprès de la personne soignée.***
- ***La réalisation de soins respectant les bonnes pratiques recommandées.***

III. COMMENT EST ETABLI LE COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION ?

La procédure de certification d'un établissement de santé se déroule en plusieurs temps. Elle débute par une évaluation réalisée par les professionnels de cet établissement (appelée « auto-évaluation ») à l'aide d'un manuel* de certification proposé par la HAS. Ce manuel comporte 300 questions permettant l'appréciation de la sécurité et de la qualité regroupées en 10 chapitres appelés référentiels.

Ces référentiels sont complémentaires, de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et aboutir à une vision transversale de son fonctionnement.

* Le manuel de certification est disponible sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr.

LES REFERENTIELS DE CERTIFICATION

- 1. Droits et information du patient**
- 2. Dossier du patient**
- 3. Organisation de la prise en charge du patient**
- 4. Management de l'établissement et des secteurs d'activité**
- 5. Gestion des ressources humaines**
- 6. Gestion des fonctions logistiques**
- 7. Gestion du système d'information**
- 8. Qualité et prévention des risques**
- 9. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle**
- 10. Surveillance, prévention, contrôle du risque infectieux**

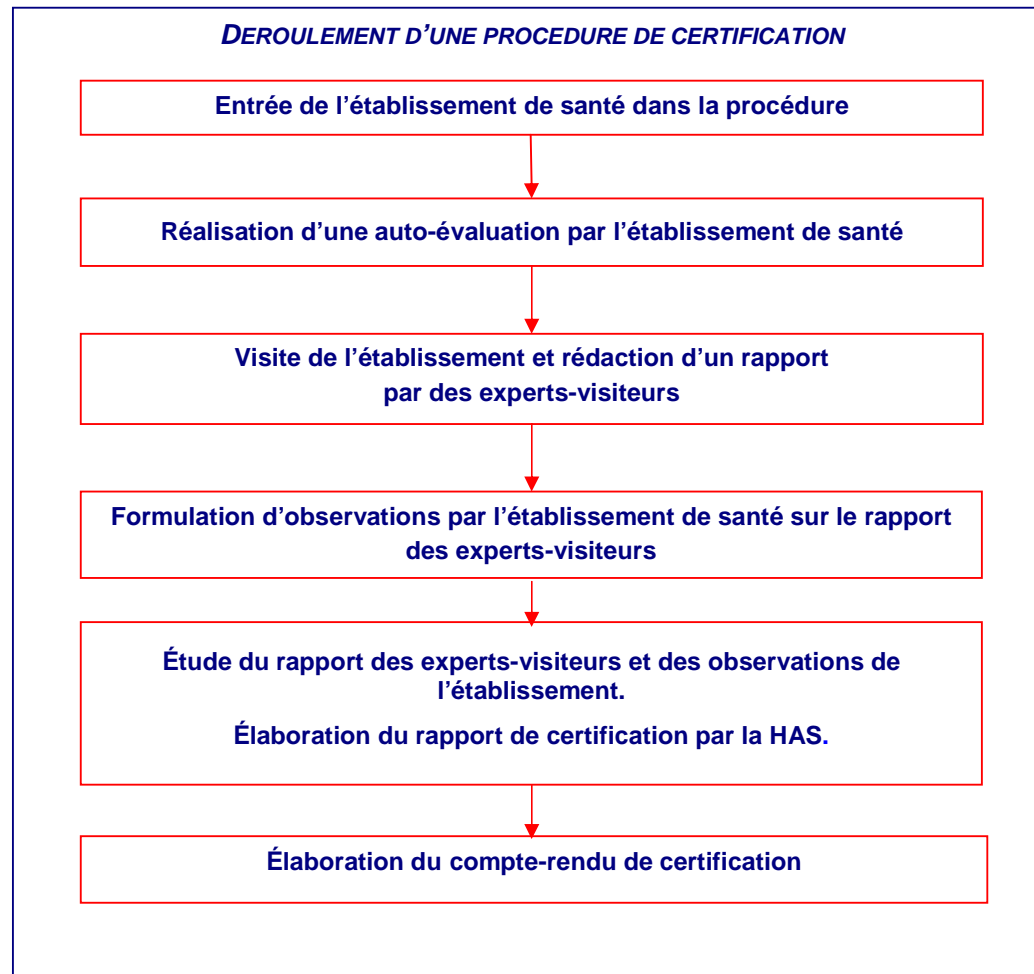
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés par la HAS.

Pour garantir l'indépendance de la procédure de certification, les experts-visiteurs sont issus d'établissements de santé publics et privés d'une région différente de celle de l'établissement visité.

Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par la Haute Autorité de santé.

La Haute Autorité de santé établit un « rapport de certification » qui est transmis à l'établissement de santé et à l'autorité dont il dépend dans sa région (Agence Régionale de l'Hospitalisation ou ARH).

Le compte-rendu de certification est élaboré à partir du rapport de certification



IV. QUE CONTIENT LE COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION ?

Le compte-rendu de certification contient les informations suivantes :

- la présentation de l'établissement de santé,
- le déroulement de la procédure de certification,
- les conclusions de la HAS sur la situation de l'établissement.

Ces conclusions mettent en évidence une synthèse selon les 10 référentiels.

Dans ses décisions, la HAS peut émettre :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement pour progresser sur des domaines précisés en perspective de la prochaine procédure ;
- des réserves : constat(s) d'insuffisances sur des domaines précisés et absence de dynamique de progrès ;
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité, sans qu'il y ait eu de preuves d'actions correctrices.

Les décisions de la HAS peuvent se résumer de la façon suivante :

APPRECIATIONS	MODALITES DE SUIVI
Sans recommandation	La HAS encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée.
Avec recommandations	L'établissement de santé met en œuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par la HAS en vue de la prochaine procédure.
Avec réserves	L'établissement de santé produit un rapport de suivi ou fait l'objet d'une « visite ciblée » sur les sujets concernés dans un délai fixé par la HAS.
Avec réserves majeures	L'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par la HAS.

* *
*

Les comptes rendus de certification des établissements de santé ayant conclu leur procédure de certification sont disponibles auprès de la direction de chaque établissement concerné et sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr

PARTIE 1

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Nom de l'établissement	CHU de Nîmes	
Situation géographique	Ville : Nîmes Département : Gard	Région : Languedoc-Roussillon
Statut (<i>privé-public</i>)	Public	
Type de l'établissement	CHU	
Nombre de lits et places <i>(préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD))</i>	1 655 lits et 231 places	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	4 sites dont un site principal dédié au court séjour à Carémeau comportant 1211 lits et places, deux sites consacrés à Nîmes aux personnes âgées (Serre-Cavalier et Ruffi) et un site sur le littoral à 45 km au Grau-du-Roi dédié au SSR et à l'alcoologie ; structures extrahospitalières sectorisées de psychiatrie	
Activités principales <i>(par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)</i>	Le CHU dispose de l'ensemble des activités de court, moyen et long séjours	
Activités spécifiques <i>(urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)</i>	Urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, réanimations adultes, enfants, néonatale, hémodialyse, psychiatrie sont présents dans l'établissement. Cependant, la taille de ce CHU et la proximité du CHU de Montpellier (faculté de médecine unique) ne permettent pas la présence de spécialités spécifiques comme la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie ou les transplantations d'organes.	
Coopération avec d'autres établissements <i>(GCS, SIH, conventions...)</i>	Convention hospitalo-universitaire tripartite avec l'université et le CHU de Montpellier, réseaux de périnatalité, de télémédecine, de chirurgie, de soins de suite, conventions avec les centres hospitaliers et hôpitaux locaux du département, avec les cliniques privées de Nîmes, postes médicaux partagés.	
Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	87 % des patients sont originaires du Gard et 13 % de la basse vallée du Rhône (Région PACA).	
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Regroupement de l'ensemble des activités de court séjour sur le site de Carémeau dans un nouvel hôpital mis en service le 1 ^{er} juillet 2003, création d'une unité de psychiatrie pour adolescents de 10 lits en attente d'ouverture, projets d'humanisation de la psychiatrie adultes, de construction d'un nouveau bâtiment de psychiatrie permettant une augmentation des capacités d'accueil, de regroupement dans une construction nouvelle des activités du site du Grau-du-Roi.	

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

La présente procédure de certification concerne :

- **Le centre hospitalier de Nîmes, sis place du Professeur Robert Debré – 30029 Nîmes Cedex 1.**

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du **8 octobre 2004**.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 14 au 18 novembre et du 28 novembre au 2 décembre 2005 par une équipe multiprofessionnelle de **6 experts-visiteurs** mandatée par la Haute Autorité de santé.

A l'issue de cette visite un rapport des experts a été communiqué à l'établissement qui a formulé ses observations auprès de la HAS.

Le rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement audit rapport ont été communiqués à la HAS pour délibération en **mai 2006**.

Après avoir pris connaissance :

- **du rapport des experts, et plus particulièrement des modalités de réalisation de l'auto-évaluation et de la visite, de la mise à disposition des documents de synthèse sur la sécurité et du suivi des recommandations faites par les organismes de contrôle,**
- **des observations et informations complémentaires au rapport des experts fournies par l'établissement,**

la Haute Autorité de santé décide que l'établissement faisant l'objet du présent rapport a satisfait à la procédure de certification.

PARTIE 3

CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

I APPRECIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Synthèse par référentiel

I.1 Droits et information du patient

L'établissement a inscrit les droits et l'information des patients dans ses priorités. Le résumé de la charte du patient hospitalisé est affiché dans les lieux d'accueil et tous les services.

L'accès à tous est assuré, avec une organisation spécifique pour les plus démunis.

Le patient reçoit une information adaptée, sur les conditions de son séjour. Les soignants renseignent le patient sur son état de santé et les soins proposés, selon leur domaine de compétence. La traçabilité des informations données est inconstante.

Le consentement éclairé du patient est recherché et la réflexion bénéfice-risque menée, mais leur traçabilité n'est pas toujours assurée hormis pour les actes invasifs et les recherches biomédicales. Le respect de l'intimité et de la dignité du patient est diversement pris en compte et n'est pas toujours facilité par l'architecture de certains locaux et configurations hôtelières. C'est le cas notamment en psychiatrie où les chambres à 3 lits sont nombreuses, et les douches en nombre insuffisant. Les conditions d'hospitalisation, l'absence de chambres d'isolement, les pratiques de contention, la présence de mineurs parmi les adultes ne permettent pas de garantir respect de l'intimité et de la dignité du patient en psychiatrie. Dans la majorité des chambres de l'établissement les placards ne ferment pas à clé. La non-divulgence de la présence reste à mettre en œuvre et les règles de confidentialité à respecter par les professionnels. Le dépôt des valeurs est organisé et les croyances et le culte sont respectés ainsi que la liberté de circulation des patients. Le protocole de sortie contre avis médical est formalisé. Les plaintes des patients sont gérées ; toutefois, la mesure de la satisfaction des patients devra faire l'objet d'une réflexion de la part de l'établissement en association avec la commission de la relation avec les usagers. Le respect du droit des patients reste à évaluer sur l'ensemble de l'établissement.

I.2 Dossier du patient

La politique du dossier sur papier est définie, connue, mais pas formalisée. La politique du dossier informatisé n'est pas définie.

L'établissement a mis en place un dossier unique par patient, uniformisé sur tous les secteurs. Un guide d'utilisation du dossier du patient a été rédigé et validé par la direction générale et le président de la commission médicale d'établissement en mars 2005 et sa diffusion est envisagée début 2006.

Les dossiers sont rangés dans les bureaux médicaux ou les salles de soins. Ils sont accessibles à tout moment. Durant les visites, le chariot de dossiers est sorti dans le couloir avec le bac ouvert des dossiers de soins posés dessus, parfois sans surveillance.

Les prescriptions médicales sont datées, et comportent le nom, la signature ou les initiales du prescripteur. Le système actuel comporte de multiples retranscriptions.

Le dossier comprend des informations actualisées, néanmoins la traçabilité de la réflexion bénéfices- risques n'est pas systématique..

Dans certains services, le délai de frappe du compte rendu d'hospitalisation atteint plusieurs mois.

L'archivage est centralisé pour les dossiers d'hospitalisation, dans le respect des règles de sécurité. En dehors de cet archivage central, le stockage des dossiers n'est pas structuré.

Une évaluation ponctuelle de la qualité de tenue des dossiers est réalisée.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Les conditions d'accueil et d'hôtellerie ont été largement modernisées avec l'installation et la rénovation de l'ensemble des sites de Carémeau et de Serre-Cavalier. Le plan directeur prévoit la réhabilitation puis la reconstruction du bâtiment de psychiatrie adulte et du site de soins de suite du Grau-du-Roi qui souffrent d'une indéniabilité vétusté. L'accès aux établissements est aisé. Les modalités d'hospitalisation sont multiples. La signalétique est inégale en fonction de la diversité des sites, L'accueil administratif est adapté et diversifié. Les urgences médicochirurgicales représentent un axe majeur pour l'établissement, mais leur dimensionnement, leur régulation et leur organisation ne sont plus adaptés à l'activité actuelle.

Il en va de même de la régulation du centre 15. En psychiatrie, le rattachement des secteurs au centre hospitalier spécialisé départemental conduit à une inadéquation entre la population desservie par le centre hospitalier universitaire et ses capacités d'accueil.

Les données du patient regroupées dans le système informatique ne sont pas, à ce jour, accessibles sur l'ensemble des sites et services en fonction des besoins. L'établissement a mis en place et structuré de nombreuses équipes transversales pour répondre à des besoins spécifiques des patients (nutrition, infection et hygiène, personnes âgées, plaies et cicatrisation, conduites addictives, enfants mineurs victimes de violences). La prise en charge de la douleur et des soins palliatifs est une préoccupation majeure de l'établissement. La culture de la réunion interprofessionnelle autour de la prise en charge du patient est généralisée. Les réseaux de soins inter- ou extrahospitalier sont intégrés à une vision globale du parcours de soins et aux démarches de réintégration sociale. La gestion des urgences vitales internes est définie.

La charte de bloc détermine les modalités de fonctionnement des secteurs opérationnels. Un suivi des dysfonctionnements et des événements indésirables fait l'objet d'une analyse collective au sein du conseil de bloc. Le circuit du médicament a été clairement repensé et défini. La prescription est nominative, encore soumise à de nombreuses retranscriptions pour ce qui concerne la validation ou la délivrance aux patients. L'analyse des prescriptions permet au comité du médicament d'orienter ses réflexions. Le fonctionnement des laboratoires est adapté aux besoins des patients et des utilisateurs, mais les démarches qualité de chaque laboratoire sont encore centrées sur leurs seules pratiques.

La mise en place d'une commission d'interface bioclinique a permis le démarrage d'une activité d'analyse de l'adéquation des demandes d'examen biologiques. L'organisation du secteur d'imagerie médicale privilégie une réponse adaptée au traitement des urgences.

La totalité des examens d'imagerie est interprétée. L'analyse de la pertinence des examens, au regard de leur risque ou de leur indication, ne fait pas encore l'objet de retours formalisés vers les prescripteurs.

Les services sont fortement intégrés dans la résolution des problèmes de prise en charge et de réinsertion hors de l'établissement. L'accompagnement du décès du patient a fait l'objet de réflexions institutionnelles et multiprofessionnelles fortes.

Les nombreux protocoles soignants sont gérés sans transversalité pour des problématiques parfois communes, mais la cellule qualité de l'établissement s'attache à recenser les documents afin d'entreprendre une démarche d'harmonisation des contenus, sous contrôle médical, avant une validation institutionnelle. Plusieurs services ont mis en place des démarches qualités, mais il n'existe pas de politique globale et d'appropriation institutionnelle des outils méthodologiques, ni de structuration des actions correctives.

I.4 Management de l'établissement et des secteurs d'activité

L'établissement a, de longue date, défini sa stratégie au travers de plusieurs projets d'établissements successifs dont le dernier n'a pas reçu l'approbation de l'autorité de tutelle. Cela l'a conduit à redéfinir sa stratégie en s'appuyant sur un nouveau projet médical qui doit se traduire par un nouveau projet d'établissement soumis à délibération en janvier 2006.

Les instances du centre hospitalier universitaire fonctionnent régulièrement et exercent leurs responsabilités.

L'établissement dispose de quelques outils, mais pas d'une politique formalisée de communication interne et externe. L'établissement a une stratégie financière à moyen et long terme et s'est engagé dans la construction d'outils médicoéconomiques de pilotage qui restent à développer dans la perspective de mise en place de la nouvelle gouvernance (pôles d'activité). Cette évolution devrait favoriser les modes d'expression directs des professionnels à défaut de généralisation des conseils de service. Le CHU devra s'engager dans la mise en place d'une évaluation annuelle de la réalisation des objectifs des pôles d'activité et du projet d'établissement.

I.5 Gestion des ressources humaines

L'établissement dispose d'un projet social réactualisé en concertation avec les partenaires sociaux et qui intégrera le futur projet d'établissement. La direction des ressources humaines vient d'être restructurée au travers d'un organigramme fonctionnel qui sera diffusé sur le site intranet prochainement. Les instances représentatives du personnel sont opérationnelles, un dialogue social est organisé. Le recrutement des médecins est structuré au sein de la commission médicale d'établissement. Il reste à élaborer le plan de formation des personnels médicaux.

Une réflexion est en cours sur la gestion prévisionnelle des emplois et compétences à moyen terme et doit être poursuivie.

Le recrutement tient compte des profils de poste. L'établissement doit poursuivre l'harmonisation des documents et centraliser l'ensemble de ces profils de poste. Les procédures d'intégration et d'accueil des nouveaux personnels ne sont pas structurées, ni étendues à l'ensemble des professionnels. Les procédures d'évaluation du personnel ne sont ni uniformisées, ni formalisées.

Les besoins en formation sont recensés et soumis à la commission de formation et à la commission de la formation permanente pour les médecins. L'évaluation qualitative des formations est à développer.

La gestion administrative des dossiers du personnel est sécurisée.

L'amélioration des conditions de travail est structurée au travers d'un programme de prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail. Le document unique de prévention des risques professionnels n'est pas encore élaboré.

Une politique d'évaluation de la qualité de la gestion des ressources humaines doit être mise en place et fondée sur des indicateurs de suivi au-delà du relevé des tableaux de bord du bilan social.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

Les modalités d'approvisionnement de l'établissement sont en place. La maintenance préventive et curative n'est que partiellement assurée ; la planification des travaux de mise en conformité des installations électriques et des ascenseurs du site de Ruffi exigée par la commission de sécurité est engagée. Toutefois les recommandations issues des contrôles externes sont prises en compte. Les professionnels utilisateurs sont associés aux choix de certains produits et matériels. Les fonctions restauration, blanchisserie, transport, nettoyage des locaux et équipements et collecte des déchets sont en place et assurées et s'inscrivent dans le cadre de la dynamique d'amélioration de l'établissement. Cependant des améliorations restent à mettre en œuvre. Ainsi en restauration, si l'unité de production respecte l'hygiène et l'équilibre nutritionnel, l'équipe de distribution des repas, doit faire l'objet d'une formation spécifique et la possibilité de choix pour les patients doit être aménagée. L'absence de locaux intermédiaires de stockage dans des services sensibles constitue des « points à risque » dans le processus d'élimination des déchets. Le nettoyage des locaux et des équipements bénéficie de la dynamique qualité impulsée par l'équipe opérationnelle d'hygiène, mais doit encore s'adapter aux règles d'hygiène en vigueur. La sécurité des personnes et des biens est assurée. Toutefois les mineurs et les patients des « soins attentifs » hospitalisés dans le service de psychiatrie ne bénéficient pas de toute la sécurité qui leur est due. L'ouverture de l'unité pour adolescents et la restructuration et l'extension du service de psychiatrie devraient contribuer à l'amélioration des soins en santé mentale. Une équipe spécifiquement dédiée à la sécurité incendie est en place, cependant les préconisations de la commission de sécurité restent à mettre en œuvre pour lever les trois avis défavorables pesant sur le centre hospitalier universitaire ainsi que l'organisation de la formation incendie de tous les personnels. L'évaluation des prestations logistiques est réalisée dans certains secteurs d'activité, mais reste à étendre à l'ensemble des prestations.

I.7 Gestion du système d'information

Le schéma directeur du système d'information est en cours de réactualisation et devrait être présenté aux instances en janvier 2006. Le développement du système d'information s'appuie dans un premier temps sur un renforcement des réseaux et des équipements. Construit sur des applications administratives issues d'une filière nationale, le nouveau schéma directeur gagnera à être élaboré et mis en œuvre de façon participative en s'appuyant sur le comité de pilotage, les instances et les utilisateurs à l'occasion des décisions à prendre concernant le dossier du patient informatisé et les applicatifs relatifs à la prise en charge du patient et au pilotage médicoéconomique.

La confidentialité et la sécurité des données et informations sont prises en compte et le centre hospitalier universitaire s'est engagé dans une politique active de sécurisation. Le département d'information médicale et le collège de l'information médicale exercent leurs missions en liaison étroite avec la direction des Finances et de l'Informatique. L'évaluation de la satisfaction des utilisateurs reste perfectible.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La démarche d'accréditation a permis de recenser les démarches qualité mises en œuvre dans plusieurs secteurs d'activité. Plusieurs directions ont pris en charge successivement la responsabilité de la gestion de la qualité. Des structures sont en place et les personnels ont été informés. Une politique qualité structurée s'appuyant sur la gestion de la qualité et la prévention des risques doit être définie et amenée vers la coordination des démarches déjà entreprises. Des enquêtes de satisfactions ponctuelles et ciblées sont menées et la gestion des plaintes est organisée. Il n'existe pas de plans d'actions

d'amélioration globale de la satisfaction des patients et aucune réflexion n'est menée à ce sujet au sein de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge. L'évaluation de la satisfaction des correspondants médicaux externes n'est pas réalisée.

Des documents relatifs à la qualité sont recensés dans près de la moitié des secteurs d'activité. Les démarches restent internes à chaque secteur. Il reste à harmoniser les documents, développer les protocoles médicaux et de soins transversaux, évaluer les pratiques professionnelles et globaliser une gestion documentaire dans l'ensemble des secteurs d'activité afin d'atteindre la maîtrise des processus.

Une sensibilisation des professionnels aux systèmes de déclaration multiples existants a été menée. Chaque type de signalement a son propre système de relevé et de traitement. Une fiche unique de déclaration centralisée a été testée dans un secteur, mais ne fait pas l'objet d'un déploiement dans les autres secteurs. Une gestion des risques doit être mise en place et aboutir à un programme de prévention des risques. L'évaluation de l'efficacité du programme de la gestion de la qualité et de la prévention des risques sera alors la prochaine étape à mettre en œuvre.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les vigilances réglementaires sont structurées et les correspondants identifiés, mais il n'existe pas de coordination des vigilances et le caractère opérationnel de ces dernières reste à renforcer. Sauf pour la réactovigilance, les fiches de signalement sont élaborées et les professionnels formés à leur utilisation. Pour autant, l'établissement devra renforcer l'information et la formation de l'ensemble de tous les professionnels sur les vigilances.

L'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle sont formalisées et pour la plupart des vigilances, les obligations sont rappelées aux professionnels. Les règles de sécurité transfusionnelle sont connues, respectées et évaluées.

Le dispositif d'évaluation de l'hémovigilance et matériovigilance doit être étendu à l'ensemble des vigilances.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La plupart des activités relatives au risque infectieux sont maîtrisées sur l'ensemble des sites. La politique de maîtrise du risque infectieux fait partie des priorités de l'établissement. Le comité de lutte contre les infections nosocomiales et l'équipe opérationnelle d'hygiène rassemblent des personnels formés et formateurs remarquables pour leur compétence et leur motivation. Les actions de surveillance sont en permanence adaptées à la nature des activités et des risques infectieux. Les protocoles sont formalisés et harmonisés sur l'ensemble de l'établissement, seule l'accessibilité aux informations pourrait être améliorée. L'implication du pharmacien et le recrutement d'un infectiologue sont une garantie du respect du bon usage des antibiotiques et de maîtrise de la résistance bactérienne. Bien que les conditions environnementales fassent l'objet d'une surveillance particulièrement attentive dans les secteurs à risque il reste à renforcer la mise sous assurance qualité de la stérilisation. Les indicateurs régulièrement suivis recouvrent la plupart des domaines surveillés par le comité de lutte contre les infections nosocomiales, néanmoins la remise en température des repas devra faire l'objet d'une attention particulière afin de renforcer le respect des règles d'hygiène à ce niveau.

II DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Systématiser la traçabilité du recueil du consentement éclairé du patient et de la réflexion bénéfices risques ;
- Renforcer le respect des règles de confidentialité tout au long de la prise en charge du patient ;
- Élaborer un plan de formation médicale ;
- Veiller au respect des bonnes pratiques de distribution des repas ;
- Sécuriser le stockage des déchets ;
- Assurer la sécurité des personnes et des locaux contre l'incendie ;
- Mettre en place et évaluer un programme global de prévention et de gestion des risques en assurant la formation des professionnels.

Réserves formulées par la Haute Autorité de santé

- Supprimer les transcriptions des prescriptions médicales ;
- Garantir l'application des bonnes pratiques en matière d'isolement et le respect des droits des patients en matière d'hébergement en psychiatrie.

II.2 Modalités de suivi

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport de certification issu des résultats de l'auto-évaluation, du rapport des experts consécutif à la visite sur site et des observations de l'établissement à ce rapport, la Haute Autorité de santé décide que l'établissement a satisfait à la procédure de certification.

Cependant, la Haute Autorité de santé ayant émis des réserves sur les points mentionnés ci-dessus, **un rapport de suivi** sera produit par l'établissement sur les sujets concernés dans un délai de **1 an** à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

A l'issue de la transmission du rapport de suivi, la Haute Autorité de santé procédera à un réexamen de la situation de l'établissement.

PARTIE 4

SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

I DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Un rapport de suivi a été transmis à la HAS en juin 2007.

Ce rapport de suivi a été communiqué à la HAS, pour délibération, en septembre 2007.

II CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Rappel du libellé des réserves

- Supprimer les transcriptions des prescriptions médicales.
- Garantir l'application des bonnes pratiques en matière d'isolement et le respect des droits des patients en matière d'hébergement en psychiatrie.

II.2 Appréciation de la Haute Autorité de santé

Concernant la première réserve

A la réception du rapport de la Haute Autorité de Santé, fin juin 2006, le Comité de Pilotage Qualité Certification s'est réuni en juillet 2006 et a décidé la constitution de 2 groupes de travail pluri-professionnel, dont un consacré à la problématique de la suppression de la transcription des prescriptions.

Le groupe de travail s'est alors fixé 3 objectifs prioritaires, à réaliser d'ici fin juin 2007 :

1. Mettre en place la prescription informatisée dans l'ensemble du CHU d'ici fin 2008.
- Mettre en œuvre la prescription informatisée au plus tôt et dans les délais les plus optimisés : 520 lits informatisés d'ici fin 2007 (28 % du total des lits et places)
 - Conjointement à l'informatisation de la prescription des services mettre en place la gestion nominative des dispensations et supprimer les transcriptions.

- 2 D'ici avril 2007, mettre en œuvre et évaluer des actions correctives pour les services informatisés au-delà de 2007, à savoir les chirurgies, la psychiatrie adulte et adolescents, les soins de longue durée et quelques unités de médecine, de soins de suite et de réadaptation.
- 3 Assurer la cohérence des deux projets au sein du comité de pilotage qualité certification.

Afin de réaliser ces objectifs, l'établissement a conduit différentes actions : informatisation de la prescription grâce à la mise en place d'un logiciel préalablement testé dans un service de médecine. La prescription est réalisée au lit du malade, en connexion avec le livret du médicament, aux interactions médicamenteuses et au Vidal en ligne. La validation pharmaceutique se fait en ligne et la dispensation devient ajustable quotidiennement.

La mise en œuvre de l'informatisation est précédée par la formation des équipes d'infirmières et médicales durant la semaine qui précède l'installation. D'autre part, lors du démarrage, les premiers jours, un accompagnement des personnels est assuré par un pharmacien pour chaque secteur médical et infirmier, le chef de projet SIH étant également présent le jour du lancement.

Concernant la suppression des transcriptions des prescription pour les services en attente d'informatisation, de nouveaux supports de prescriptions ont été élaborés et validés après des phases de tests impliquant médecins et infirmières. Ces supports tiennent compte du type de prise en charge.

Comme établi dans le planning prévisionnel, le 27 mars 2007, un audit a été réalisé dans l'ensemble des services concernés avec pour objectif de vérifier que la mise en œuvre des nouveaux supports de prescription avait permis de tracer l'intégralité des administrations et que les transcriptions étaient totalement supprimées.

A la fin du mois de juin 2007, l'établissement par sa politique définie et les moyens attribués, a réussi au travers des actions correctives mises en œuvre et l'ensemble des professionnels à :

- Supprimer les transcriptions par les infirmières pour 1005 lits et par les préparateurs pour 290 lits (520 lits fin 2007), soit au total pour 1295 lits à la fin juin et 1525 lits à la fin de l'année 2007.
- Informatiser la prescription nominative pour 226 lits à fin juin. Les conditions de mise en place du nouvel outil permettent d'assurer la poursuite du déploiement à hauteur de 520 lits à fin 2007 et de l'ensemble des lits du CHU à la fin 2008.

✓ **Décisions de la Haute Autorité de santé**

Au vu du rapport de suivi fourni par l'établissement, la Haute Autorité de santé décide de lever la réserve sus-mentionnée et l'invite à poursuivre la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité.

II.2 Appréciation de la Haute Autorité de santé

Concernant la deuxième réserve

Dès le 3 août 2006 s'est tenue la première réunion du groupe de travail sur le secteur de la psychiatrie. Les orientations prises par le groupe de travail furent dans un premier temps de mener une réflexion sur une restructuration des locaux complétée par la recherche d'une nouvelle organisation des professionnels afin d'améliorer les conditions de prise en charge des patients en psychiatrie. Ces orientations ont rapidement été confortées par l'octroi, à l'été 2006, par l'autorité de tutelle, d'une partie du financement pour la construction du nouveau bâtiment qui devenait prioritaire. Les objectifs du groupe de travail ont alors clairement été précisés :

1. Participer activement à l'opération de construction neuve en définissant au plus tôt les besoins et les attentes.
2. Etudier, pour la phase transitoire, les travaux de réhabilitation a minima envisageables sans que l'activité soit réduite.
3. Adapter les organisations, notamment sur l'aspect des pratiques professionnelles concernant le respect des droits des patients en matière d'hébergement et de dignité.

L'étude de programmation pour la reconstruction du bâtiment de psychiatrie a débuté en février 2007. Après une phase de recueil des besoins au cours de laquelle le programmiste a rencontré les équipes et les responsables concernés par le projet, une première version de pré-programme a été présentée début juin 2007 au comité de pilotage du projet accompagné de premières pistes de scénarii. Ce pré-programme a reçu la validation du comité de pilotage. Les principes retenus portent sur la construction exclusive de chambres à 1 lit. L'ensemble de ces chambres sera équipé de salles de bains et accessible aux personnes à mobilité réduite. Chaque secteur disposera de lieux de vie avec un espace détente général, un espace activités calmes, un salon de télévision, une salle à manger.

Sans attendre la mise à disposition de cette nouvelle structure, des travaux d'amélioration de locaux actuels ont été entrepris avec notamment :

- installation de douches et de sanitaires supplémentaires,
- réfection de peintures dans l'ensemble des zones de vie et de circulation,
- installation de climatisation dans les unités fermées,
- renouvellement du mobilier de la cafétéria.

Le projet architectural et les travaux de réhabilitation témoignent d'un réel souci de l'établissement d'améliorer le respect des droits des patients en matière de conditions d'hébergement.

En complément de ces améliorations matérielles, la fin de l'année 2006 et le début de l'année 2007 ont permis aux équipes médicales et paramédicales d'effectuer conjointement un important travail de formalisation des pratiques.

La réflexion menée a consisté dans un premier temps à :

- identifier l'ensemble du processus d'un patient agité en psychiatrie,
- repérer les étapes, actions et soins à risques,
- faire un bilan des pratiques en cours et en déduire leur criticité

L'aboutissement de ces travaux s'est traduit par la rédaction d'une procédure « Prise en charge de l'agitation d'un patient ». La validation de la procédure a eu lieu en juin, mais les nouvelles pratiques étaient déjà partiellement mises en place depuis le début de l'année 2007 (modalités d'appel de renfort humain, gestion des matériels de contention...). Un audit réalisé le 8 juin 2007 a montré des améliorations concernant la formalisation des pratiques professionnelles, et une évaluation des pratiques est prévue par la Direction Qualité Gestion des Risques en décembre 2007.

✓ **Décisions de la Haute Autorité de santé**

Au vu du rapport de suivi fourni par l'établissement, la Haute Autorité de santé décide de lever la réserve sus-mentionnée et l'invite à poursuivre la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité.